

## СОСУДИСТЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

*Буктор Адель*

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

**Введение.** Хроническая тазовая боль – это вторичная боль, длительная по продолжительности, с нечеткой локализацией. Объективное гинекологическое исследование не определяет органические изменения в органах малого таза. Хроническая боль выступает как функциональное нарушение

Для хронических болей характерны непостоянство по времени и локализации, частое несоответствие спонтанных и определенных при пальпации проявлений боли, взаимное проявление очагов боли и отсутствие положительной динамики при лечении. Основные трудности представляет определение причин синдрома хронических тазовых болей, особенно при их длительном существовании или при их сочетаниях с другими патологиями. Эти больные длительно наблюдаются у гинеколога, терапевта, невропатолога и психиатра, получают повторные курсы рассасывающего, противовоспалительного лечения и даже антидепрессанты без получения особого эффекта. Часто специалисты не могут установить источник боли. По мнению ряда исследователей, среди вторичных факторов, определяющих развитие и поддерживающих активность хронического болевого синдрома, принадлежит вторичным сосудистым нарушениям [1,2].

**Целью нашего исследования** явилось изучение сосудистого компонента, как одного из возможных причинных факторов развития хронического болевого синдрома тазовых органов.

**Материалы и методы.** Для диагностики и изучения сосудистых расстройств в области таза (синдрома тазовой венозной конгестии) было обследовано 100 женщин с диагнозом хронические тазовые боли.

**Результаты и обсуждение.** В начале решался вопрос дифференциальной диагностики тазового венозного полнокровия как причины тазовых болей. Наряду с клиническим обследованием больным выполняли ультразвуковое исследование органов малого таза. Кроме ультразвукового сканирования у части пациенток по

различным показаниям проведена компьютерная томография вен малого таза (18 пациенток) и лапароскопия (36 женщин). По данным исследования выявлено, что хронические тазовые боли обусловлены тазовым венозным полнокровием в 35% случаев, эндометриозом – в 25%, хроническим сальпингоофоритом – в 14%, миомой матки – в 11%, кистозными изменениями яичников – в 6%, первичной альгодисменореей – в 4% случаев. По итогам работы был разработан алгоритм дифференциальной диагностики при хронических тазовых болях, предполагающий поэтапное обследование больных с программным анкетированием (YSIB) и использованием по показаниям инструментальных методов исследования.

Данное обследование показало, что при тазовом венозном полнокровии, все пациенты описывали свои боли, как тянущие, ноющие, тупые. Иррадиацию в нижние конечности отмечали 83% женщин. Провоцирующим фактором были длительные статистические и динамические нагрузки. У 70 % женщин отмечали усиление боли во вторую фазу менструального цикла. При тазовом венозном полнокровии 66% отметили диспареунию. Диспареуния может сохраняться в течение нескольких дней после полового акта. У 27% больных отмечается нарушение менструального цикла в виде длительного обильного кровотечения в течение 7 дней. Ультразвуковое исследование органов малого таза при тазовом венозном полнокровии визуализируются изменением вен в виде многокамерных жидкостных образований с нечеткими контурами, напоминающих поликистозно измененные яичники или сактосальпинкс. При трансабдоминальном и трансвагинальном ангиосканировании варикозных вен малого таза, представленных в виде извитых, неравномерно расширенных конгломератов.

Важным местом в диагностике тазового венозного полнокровия занимают эндоскопические технологии. При этом обнаруживаются варикозно измененные вены малого таза в области яичников, по ходу круглых и широких связок матки в виде обширных синюшных конгломератов с истонченной и напряженной стенкой.

У 12 пациенток параллельно с сосудистыми нарушениями выявлен синдром Алена – Мастерса, который, вероятно, и привел к развитию варикозного расширения вен малого таза, а, в конечном счете, к формированию синдрома хронической тазовой боли у этих пациенток. Этот синдром формируется при травматическом разрыве связочного аппарата матки (главным образом широких связок, реже кардинальных и крестцово – маточных связок).

В анамнезе у таких пациенток, как правило, указания на роды крупным плодом или роды в тазовом предлежании, быстрые роды, аборт или инструментальные обследования матки. Хронические боли в области таза и пояснице усиливаются после длительного пребывания на ногах. Боль может усиливаться во время полового сношения и при гинекологическом осмотре.

При объективном исследовании выявляются "шарнирная" шейка матки, легко смещается во всех направлениях, положение резкой ретроверзии матки с некоторым ее увеличением. Для верификации диагноза необходимо использовать лапароскопию. В широких связках обнаруживают разрывы, расположенные параллельно шейке матки, в их просвете могут быть видны варикозно – расширенные вены, извитые артерии и мочеточники в Дугласовом пространстве серозно – геморрагической жидкости. Кроме того, у 36 женщин был выявлен синдром «синдром расслабления» – застой в области таза, связанный с опущением внутренних половых органов. Эта патология выявляется у многорожавших женщин или после травматичных родов, при тяжелом физическом труде, быстром похудении

Пациентки жалуются на тяжести в области таза и боли в пояснице, не имеют четкой локализации. Боли усиливаются после длительного пребывания на ногах или в сидячем положении, уменьшается в утренние часы в положении лежа.

При обследовании обнаруживаются рубцовые изменения промежности (рубцы после разрыва промежности во время родов), атрофия или расхождение пучков m. levator ani, пролапс стенок влагалища и матки.

Симптоматика определяется натяжением связочного аппарата матки, в составе которого проходят нервные волокна, венозным застоем в области таза и матки.

**Выводы.** Углубленное обследование пациенток с синдромом хронической тазовой боли позволяет детализировать диагноз, определить контингент больных нуждающихся в консервативном лечении (лечение болевого синдрома и флеботоники) и хирургической коррекции основной патологии, ведущей к развитию синдрома тазовой венозной конгестии.

Литература:

1. Гаврилов С.Г., Кириенко А.И., Доброхотова Ю.Э. и соавт. Дифференциальная диагностика хронических тазовых болей у женщин в свете синдрома тазового венозного полнокровия //Российский вестник акушера-гинеколога // - 4, 2006. – С. 49-53.
2. Рымашевский Н.В., Маркина В.В., Волков А.Е. и др. Варикозная болезнь и рецидивирующий флебит малого таза у женщин. Изд. РГМУ. Ростов – на Дону 2000; 145.